



‘Zeven keer per dag separeren? Dat is

ANNET MIJEN
REDACTIE@PSY.NL
BEELD: MAARTEN VAN SCHAIK

Zes tot zeven escalaties per dag. Getraumatiseerde cliënten. Geblesseerde hulpverleners. Het jaar 2003 vormde een zwarte bladzijde uit de geschiedenis van de

volslagen idioot’

gesloten jeugdafdeling De Kreek in Dordrecht. Inmiddels is het roer om en wordt er nog maar zelden gesepareerd. ‘We hebben te lang krampachtig geprobeerd de boel te beheersen’

Ze zijn jong – 12 tot 21 jaar – en ziek. Veel depressie en suicidaliteit. Maar ook schizofrenie, bipolaire stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, autisme en asperger zijn vertrouwde ziektebeelden op de gesloten afdeling van de kinder- en jeugdkliniek De Kreek, onderdeel van ggz-instelling De Grote Rivieren in Dordrecht. De gemiddelde leeftijd is zestien tot zeventien jaar; een lastige puberleeftijd die, in combinatie met een ernstige stoornis, regelmatig voor explosieve situaties zorgde. Dreigende onrust werd tot voor kort volgens een strak omschreven protocol in de kiem gesmoord, maar deze aanpak faalde steeds frequenter. In 2003 werd het dieptepunt bereikt. 'Destijds hadden we zeven cliënten op de afdeling', zegt Jopie Ephraim, senior sociotherapeut, 'waaronder drie dames met een borderline persoonlijkheidsstoornis. We hadden zes tot zeven escalaties op één dag, want als er één met kopjes of stoelen ging gooien of tegen een deur ging schoppen, begonnen de andere twee ook. We dachten toen nog dat direct separeren de beste oplossing was, maar als je maar één separeerruimte hebt en één time-outkamer, kom je toch krap te zitten. Voor nummer drie moest dan weer een overplaatsing geregeld worden, dus je was de hele dag bezig met begeleiding van gesepareerde cliënten en het regelen van ambulancevervoer. De jongedames waren ook stevig aan het automutilleren. En wij maar wonden schoonmaken en verbinden of de dokter bellen als er weer eens gehecht moest worden. Dit alles zorgde voor veel onrust, een onveilig afdelingsklimaat en een behandelklimaat van nul komma nul. Het was paniekvoetbal en dat waren we spuugzat.' 'Onze separeer zat maanden achtereen vol', weet sociotherapeut Barend Horstink. 'Heel veel collega's, waaronder ik, zaten er behoorlijk doorheen. Als je een keer of zeven per dienst iemand fysiek moet begeleiden naar de separeerruimte, dan denk je toch: waar ben ik in godsnaam mee bezig? Is dat nou het leveren van zorg zoals ik dat uit de boekjes heb geleerd? Nee dus. We hadden ook allemaal blessures aan polsen en schouders. Gewoon overbelast. Eén cliënt was heel sterk en kende zo langzamerhand onze technieken. Die moest je dus aanpassen, maar als je geen tijd hebt om dat onderling te overleggen, loopt het fout. Iedereen beseftte dat deze situatie niet kon voortduren, maar we zagen geen alternatieven. We hadden wekelijks intervies waar emoties de boventoon voerden, zonder dat we een stap verder kwamen. We zaten muurvast.'

Medecliënten wegsturen

Een verbouwing zorgde voor gedwongen rust en tijd voor reflectie. Ook was er nu gelegenheid om actief te participeren in het landelijke ggz-project Dwang en drang, dat in 2002 van start was gegaan. Jopie

Ephraim: 'Daar hebben we Henk Hendriks van GGZ Midden-Brabant ontmoet, die op een heel eigen manier met volwassenen werkt. Met een paar collega's, de geneesheer-directeur en het afdelingshoofd zijn we naar Tilburg afgereisd en we waren behoorlijk onder de indruk van de werkwijze die daar wordt gehanteerd. Cliënten dragen daar de verantwoordelijkheid voor het reilen en zeilen van de afdeling. Ze bepalen zelf of ze het gedrag van een medecliënt al dan niet storend vinden, spreken elkaar daarop aan en sturen medecliënten naar een andere ruimte als hun gedrag niet meer acceptabel wordt bevonden. Separaties kwamen eigenlijk nooit voor en sociotherapie werd alleen ingeschakeld als cliënten het zelf niet meer af konden. Opmerkelijk was ook dat cliënten elkaar informeerden over hun ziektebeeld en het bijbehorende gedrag. Dat leidt tot een beter begrip over en weer. Het Tilburgse model heeft ons geïnspireerd bij het zoeken naar een alternatieve aanpak. Daarnaast hebben we bij het hanteren van de gerezen dilemma's profijt gehad van de *dilemmamethode* van Jacques Graste. Dat is een vorm van ethische reflectie die systematisch, in een aantal stappen, wordt uitgevoerd. Het gaat erom dat je het dilemma benoemt en vervolgens keuzes maakt. Moet je cliënten die acting outgedrag vertonen hun gang laten gaan of moet je fysiek ingrijpen? Wat zijn in beide gevallen de gevolgen? Wat is het beste voor de cliënt die hecht aan zijn autonomie? Voor de medecliënten, die ook aandacht nodig hebben? Wat is werkbaar voor het personeel, dat de veiligheid moet garanderen? Voor behandelaren, die de gezondheid moeten bewaken? Het is een hele uitgebreide methode en je bent er dik anderhalf uur mee bezig, maar het brengt je wel bij de kern van het probleem. Wij zijn een paar keer met een grote groep hulpverleners bij elkaar gekomen en hebben die tegenstrijdige verplichtingen en conflicterende normen en waarden benoemd. Zo kom je tenslotte uit bij een aanpak die ethisch verantwoord is en voor alle partijen acceptabel.'

Geen aandacht voor negatief gedrag

Na twee maanden van oriëntatie en reflectie wist het team van de gesloten jeugdafdeling wat hen te doen stond. Met behandelaren werd afgesproken dat bepaalde combinaties van moeilijke cliënten in de toekomst zo mogelijk vermeden dienden te worden. Zo werd het mogelijk de teugels te laten vieren en de beheerscultuur te versoepelen. Negatief, aandachtvragend gedrag werd waar mogelijk genegeerd. Gezond gedrag beloond. Ephraim: 'Daarmee behoort ongezonder gedrag, zoals tegen deuren trappen, natuurlijk niet op slag tot het verleden, maar we kiezen ervoor daar geen aandacht aan te besteden. De sociotherapeut neemt in zo'n situatie de andere cliënten mee voor een potje tafeltennis of tafeltennis, zodat zij



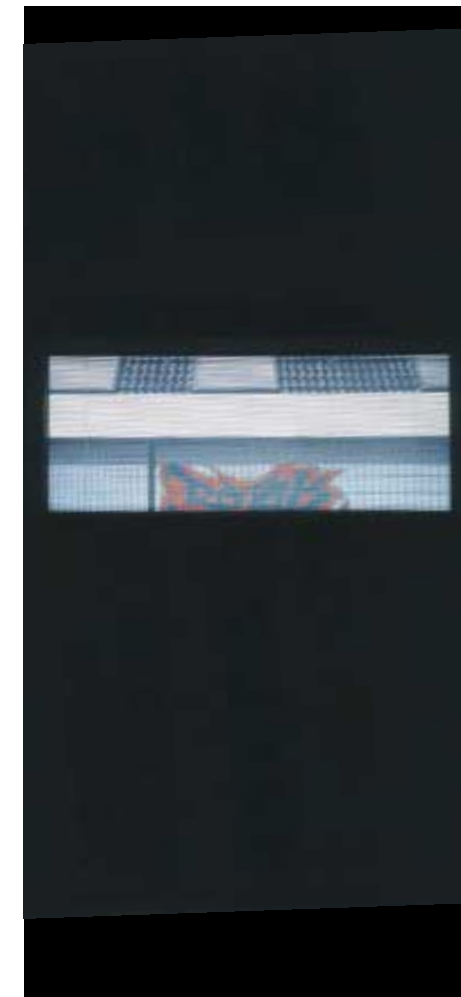
geen last hebben van het negatieve gedrag. Een collega blijft achter bij de boze cliënt, die dan meestal vanzelf ophoudt. Zonder aandacht is de lol er gauw af. Bij zelfdestructief gedrag, zoals snijden, grijpen we alleen nog in als het levensbedreigend is. Als iemand iets om zijn nek bindt met de bedoeling zichzelf te wurgen, knippen we de boel los. Bij snijden wordt alleen gehecht indien noodzakelijk. Bij lichtere verwondingen verbindt de cliënt zichzelf. Verbandspullen staan op de kamer. Vooral mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn geneigd zichzelf te verwonden. Dat doen ze om de spanning te reduceren. De verantwoordelijkheid hiervoor berust bij de cliënt, niet bij ons. Maar ik geef toe: het is soms moeilijk om je er niet mee te bemoeien als iemand zich snijdt, want wennen doet het nooit.' Waar de grenzen van het toelaatbare liggen, wordt bij opname verduidelijkt en in een behandelplan vastgelegd. Op fysieke agressie, gericht op een persoon, volgt stevast separatie, maar op verbale agressie wordt milder gereageerd. 'Separeren is heel makkelijk', weet Barend Horstink. 'Het is de kunst dat te voorkomen en te zoeken naar alternatieven. Iemand die begint te schelden, probeer je naar zijn

kamer te sturen. Jongeren die neus aan neus met je staan – toch een vorm van intimidatie en provocatie – worden ook niet direct gesepareerd. Volgens de richtlijnen kun je dat wel doen, maar wij proberen dat te vermijden door te vragen of iemand afstand wil bewaren. Haalt dat niets uit, dan moet je soms maar zelf een stap naar achteren doen om toch weer ruimte te creëren. Daarbij neem je als hulpverlener meer risico's. Als dat voor jou persoonlijk te ver gaat, moet daarover worden gepraat in het team. Je moet er altijd voor waken dat je met een nieuwe aanpak doorschiet.' 'We willen minder beheersen, want dat houd je gewoon niet vol,' resumeert Jopie Ephraim, 'maar je moet wel uitkijken dat je geen normvervaaging krijgt. Je moet alert blijven en weten wanneer iets nog wel veilig is en wanneer niet meer. Dan moet je ingrijpen.'

Zoeken naar alternatieven

Met grote stappen pendelt de hulpverlener op en neer tussen de lunchende cliënten en de collega's in het kantoor. Er is een probleem. Een cliënt is al de hele dag in de contramine. Schendt afspraken, negeert aanwijzingen, geeft een grote mond en hierdoor

**'ZONDER
AANDACHT
IS DE LOL
ER GAUW AF'**



‘IK WEET HELEMAAL NIET HOE ZO’N SEPARAER ERUIT ZIET’

worden medeciënten angstig en gespannen. Een paar jaar geleden was er allang ingegrepen. Nu is de hele ochtend gezocht naar alternatieven, maar niets werkt. De hulpverleners overleggen. Naar haar kamer wil de herrieschopper niet. Op de afdeling loopt het uit de hand. Er zit weinig anders op dan te separeren. De overige cliënten worden naar hun kamer gestuurd. De jongedame wordt snel en vakkundig gesepareerd en binnen een kwartier is alles voorbij. De hulpverlener is zichtbaar opgelucht. Acht maanden werkt hij op de afdeling en dit is de derde separatie die hij meemaakt. De eerste twee keer betrof het jongeren met ernstig psychotische klachten. Dit is zijn eerste separatie naar aanleiding van een incident. Hij wrijft over de bovenarm. ‘Doet het pijn?’, informeert een collega. ‘Die deur kwam behoorlijk hard aan.’ De hulpverlener maakt een afwerend gebaar. ‘Welnee joh. Het is al bijna over.’ De andere cliënten krijgen een seintje dat ze terug mogen naar de woonkamer. Niet veel later zit een zevental jongens en meisjes in gezelschap van sociotherapeut Ab Mabrouki bijeen in comfortabele, strogele fauteuils. ‘Van een separatie word je heel gespannen en onzeker’, zegt een jongeman. ‘Het is toch een medeciënt die wordt gesepareerd en dat is heel beroerd. Het is ook moeilijk om dan naar je kamer te moeten, maar ik snap wel dat deze aanpak voor iedereen het beste is. Het is ook heel prettig dat er na afloop wordt uitgelegd wat er is gebeurd. Als je

erover kunt praten, lucht dat op. Dat doen ze hier over het algemeen goed. Ik vind het knap dat die rot-sfeer niet blijft hangen.’

Filmbeelden over separeer

Separatie is voor veel cliënten een traumatische ervaring. Het betekent schending van de eigen autonomie. Het gaat gepaard met schuldgevoelens. Met schaamte. Als het onderwerp in de woonkamer ter sprake komt, kruipt één meisje diep in de schulp. De capuchon schuift beschermend over het hoofd. De schouders gaan omhoog. Lichaamstaal is soms verbluffend effectief. Haar buurvrouw heeft geen problemen met haar separeerervaringen. Twee keer is het haar overkomen: één keer ging ze vrijwillig en één keer werd ze gedwongen. ‘Het was beide keren wel goed,’ zegt ze, ‘want het heeft geholpen. Ik kijk daar niet negatief op terug. Elke twintig minuten kwam er iemand langs om te vragen hoe het ging. Ook dat was prettig. Toen ik gedwongen werd gesepareerd moest ik speciale separeerkleding aan, maar toen ik er vrijwillig zat mocht ik mijn eigen kleding aanhouden en bleef de deur open. Na een paar uurtjes was ik weer helemaal rustig en kon ik terug naar de afdeling.’ De anderen luisteren ademloos. Zeggen: ‘Ik zou wel willen weten hoe het nou is om gesepareerd te worden. Soms voel ik me zo gespannen en beroerd dat ik denk: een soort time-out zou voor mij wel goed zijn. Maar ik weet

helemaal niet hoe zo’n separeer eruit ziet. Ik heb al een paar keer aangegeven dat ik zo’n ruimte zou willen zien, maar dan wordt er gezegd dat het niet goed zou zijn om het te zien. Of ze zeggen: “nee, nu even niet”. ‘In een separeer staat alleen een bed’, zegt de jongedame die ervaring heeft op dit terrein. ‘En één van onze twee separeerruimtes heeft vloerverwarming. Dat is heel lekker.’ De sociotherapeut rondt af: ‘Als jullie zo graag een separeerruimte willen bekijken, moet je dat kenbaar maken bij je mentor.’ ‘Goed idee’, reageert een bewoner, die al tien maanden op de afdeling verblijft. ‘Het zou ook fijn zijn om te weten waar een medeciënt zit. Nu heb je van die filmbeelden in je hoofd en het is de vraag of die kloppen met de werkelijkheid.’

Niks liefdewerk oud papier

Het protocol voor een verblijf in de separeerruimte is op de gesloten jeugdafdeling versoepeld. Was in het verleden separeerkleding verplicht, tenzij de behandelaar anders voorschreef, nu is dat omgedraaid. De eigen kleding – uiteraard zonder enge attributen – wordt gedragen, tenzij hulpverleners dat niet verantwoord achten. Inmiddels is ook bezoek van ouders tijdens een verblijf in de separeer toegestaan. Alleen als een cliënt aangeeft geen bezoek te willen of de behandelaar het niet verantwoord vindt, geldt deze mogelijkheid niet. ‘Van iemand die in de separeer zit en

hartstikke in de war is moet je soms dingen overnemen’, zegt Jopie Ephraim, maar je moet nooit te veel willen doen. Zo behoudt iemand zijn zelfrespect. Als hulpverlener moet je kritisch naar je werk durven kijken. Je moet aan collega’s feedback durven vragen en zelf feedback durven geven, want je hebt allemaal je blinde vlekken. Onlangs hadden we op de afdeling weer een vervelend incident: een cliënt was met een mes op de deur aan het bonken en weigerde het mes af te geven. Dan komt de politie eraan te pas en is het weer even bal in de tent. Van tijd tot tijd zal dat blijven gebeuren, dat is inherent aan de problematiek van een gesloten afdeling, maar van de nieuwe koers zullen we niet afwijken. Iedereen heeft er baat bij, het werkt gewoon prettiger. Als we op de oude voet waren doorgedaan, waren de mensen opgestapt. Wil jij zes, zeven keer per dag separeren? Dat is volslagen idioot. Beheersen werkt nooit, nergens, ik geloof daar niet in. Tegen klinieken die net als wij aanlopen tegen de grenzen van de beheerscultuur zou ik zeggen: ga met elkaar om de tafel zitten en kijk hoe je hulpverleners rust en ruimte kunt geven om na te denken over hun aanpak. Bied ze die gelegenheid in de baas zijn tijd. Florence Nightingale is dood en die lamp is uit. Niks liefdewerk oud papier: gezamenlijke reflectie is gewoon een onderdeel van je werk. De mensen op de werkvloer moeten de omslag maken, maar daarvoor moet je ze wel tijd en rust gunnen.’ *